

**Auf der Suche nach dem Ganzen in der Medizin –
der Beitrag der Philosophie**

Bericht zum Workshop Medical Humanities IV
Sibylle Obrecht Löscher

Auf der Suche nach dem Ganzen in der Medizin – der Beitrag der Philosophie

Bericht zum Workshop Medical Humanities IV
Sibylle Obrecht Lösch

Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften
Académie suisse des sciences humaines et sociales
Accademia svizzera di scienze umane e sociali
Accademia svizra da ciencias umanas e socialas
Swiss Academy of Humanities and Social Sciences



SAMW  Schweizerische
Akademie der Medizinischer
Wissenschaften

Herausgeber

Akademien der Wissenschaften Schweiz
Laupenstrasse 7, Postfach, 3001 Bern
Telefon +41 (0)31 306 92 50, info@akademien-schweiz.ch
www.akademien-schweiz.ch

ISBN 978-3-905870-41-1

Layout

Delphine Gingin (SAGW)

Druck

Druck- und Werbebegleitung, 3098 Köniz

1. Auflage, 2016 (350 Expl.)

Die Broschüre kann kostenlos bezogen werden bei den Akademien
der Wissenschaften Schweiz.



Copyright: © 2016 Akademien der Wissenschaften Schweiz. Dies ist eine
Open-Access-Publikation, lizenziert unter der Lizenz Creative Commons Attribution
(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>). Der Inhalt dieser Publikation darf
demnach uneingeschränkt und in allen Formen genutzt, geteilt und wiedergegeben
werden, solange der Urheber und die Quelle angemessen angegeben werden.

Zitiervorschlag:

Akademien der Wissenschaften Schweiz (2016)
Auf der Suche nach dem Ganzen in der Medizin – der Beitrag der Philosophie.
Swiss Academies Communications 11 (1).

ISSN (print): 2297 – 1793

ISSN (online): 2297 – 1807

Vorwort: Auf halbem Weg	5
Zusammenfassung Résumé	7 8
Hintergrund	9
Leitfragen	10
Vorträge	11
Dr. Bertrand Kiefer, Genf: Compréhension courante et médicale de la santé et de la maladie: convergences, différences et conséquences	11
Prof. Dr. Christiane Schildknecht, Luzern: Was kann die Philosophie zur Medizin beitragen?	17
Dr. Andreas Cremonini, Basel: Lost in Data. Der Mensch als sinnhaftes Wesen	22
Podiumsdiskussion: An der Schnittstelle zwischen Theorie und Praxis	26
Keine Schreibtischarbeit	27
(Inter-)Professionalität	28
Finanzierungsmodelle	29
Ausblick	31
Die Problematik des Ganzen	32
Macht die Philosophie das Leben einfacher?	35
Anhang	37
Aktivitäten der Akademien der Wissenschaften Schweiz im Bereich «Medical Humanities»	38
Activités des Académies suisses des sciences dans les «Medical Humanities»	39

Vorwort: Auf halbem Weg

Gemeinsam mit der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften bearbeitet die Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften seit dem Jahre 2009 den Schwerpunkt «Medical Humanities». Unter anderem mehr richten wir seit 2012 jedes Jahr einen gut besuchten Workshop zu einer spezifischen Thematik aus. Unter dem Titel «Auf der Suche nach dem Ganzen in der Medizin – der Beitrag der Philosophie» wurden am vierten Workshop im März 2015 die den Medical Humanities eingeschriebenen zentralen Fragen thematisiert:

- Die Mehrdeutigkeit der Begriffe «Gesundheit» und «Krankheit» und deren normativer Gehalt, welcher gegenwärtig mit einer Überhöhung der Gesundheit einhergeht, in einer narzisstischen Sorge des Individuums um sich selbst mündet und damit eine alle Lebensbereiche durchdringende Medikalisierung befeuert (Bertrand Kiefer);
- die im cartesianischen Weltverständnis begründete Trennung eines objektivierbaren Körpers und einer wenig fassbaren, subjektiven Empfindungs- und Erlebnisqualität, die sich nicht auf physische Zustände reduzieren lässt (Christiane Schildknecht);
- und schliesslich die damit eng verbundene Körper-Leib-Problematik, die nicht hintergehbare Bindung von Wahrnehmung und Bewusstsein an den Körper (Andreas Cremonini).

Wie der vorliegende Bericht von Sibylle Obrecht deutlich macht, konnte das im Titel mitschwingende Versprechen einer ganzheitlichen Sicht im Workshop nicht eingelöst werden. So gelang es nur ansatzweise, philosophische Theorie und medizinische Praxis zu verbinden. Implizit zeigten die unterschiedlichen Perspektiven die jeweiligen Defizite der beteiligten zwei Wissenschaftsbereiche auf und verschränkten sich nicht in einem neuen, ganzheitlichen Verständnis von Krankheit und Gesundheit. Unklar blieb denn auch, was das «Ganze» ist und meint. Akzentuiert wurde die Komplementarität und nicht die Kooperation der involvierten Wissenschaftsbereiche. Entsprechend dokumentiert die vorliegende Dokumentation einen Diskurs zwischen Philosophie und Medizin auf halbem Weg.

Mit Blick auf weiterführende Arbeiten liegt der Wert dieser Publikation in dieser kritischen Bilanz sowie den von der Berichterstatterin in ihrem Ausblick aufge-

zeigten Perspektiven für eine von pauschalisierenden Charakterisierungen der beteiligten Wissenschaftsbereiche befreite Zusammenarbeit. Unser Dank geht nebst den ReferentInnen denn auch an Sibylle Obrecht, die eine schwierige Aufgabe hervorragend und gewinnbringend gelöst hat.

Markus Zürcher

Generalsekretär Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht dokumentiert einen halbtägigen Workshop, der im März 2015 durchgeführt wurde und der unter dem Titel «*Auf der Suche nach dem Ganzen in der Medizin*» die Beziehung zwischen der Philosophie und der medizinischen Praxis fokussierte. Die SAMW und die SAGW als Veranstalterinnen positionierten den Workshop im Rahmen der «Medical Humanities», die eine Förderung der Kooperation zwischen der Medizin und den Geistes- und Sozialwissenschaften zum Ziel haben.

Während die (anwendungsorientierten) Leitfragen sehr offen formuliert waren, basierte das Programm auf einer klaren Arbeitsteilung: Drei Philosophinnen und Philosophen waren als Referierende für die Vermittlung des Orientierungswissens zuständig, während vier Gesundheitsfachleute als Podiumsgäste die medizinische Praxis repräsentierten. Der vorliegende Bericht fasst die Referate und die Podiumsdiskussion zusammen, um anschliessend in einem Ausblick die interdisziplinären Erfahrungen vor dem Hintergrund einer weiteren Ausgestaltung der Medical Humanities zu reflektieren.

Die drei Referate deckten ein breites inhaltliches Spektrum ab: Eine sowohl gesellschaftspolitisch als auch philosophisch fundierte Medikalisationkritik stand neben zwei Referaten, die den theoretischen Beitrag der Philosophie zur patientenorientierten Versorgung reflektierten. Die anwendungsorientierten Leitfragen standen dabei mit den theoretischen Grundlagen aus den Referaten in einem Spannungsverhältnis, das bis zum Schluss nicht aufgelöst werden konnte. Zwischen Theorie und Praxis tat sich eine Lücke auf, die auch die sehr konstruktive Podiumsdiskussion nicht vollständig zu überbrücken vermochte. Gleichzeitig erwies sich die patientenorientierte Versorgung als konsensfähiges Thema, das eine besonders fruchtbare Verschränkung philosophischer Theorien mit der medizinischen Praxis ermöglicht. Der Ausblick dieses Berichts plädiert dafür, die Medical Humanities stärker als Reflexionsraum zu verstehen – und die implizite normative Aufladung des Projekts zu hinterfragen.

Résumé

Le présent rapport s'est constitué à partir d'un workshop d'une demi-journée, intitulé «*A la recherche du tout dans la médecine – la contribution de la philosophie*», qui a eu lieu en mars 2015. L'évènement a été organisé par l'ASSM et l'ASSH dans le cadre des «Medical Humanities» visant à promouvoir la coopération entre la médecine et les sciences humaines et sociales.

Alors que les questions cadres (orientées sur l'application pratique) étaient formulées de manière ouverte, le programme quant à lui reposait sur une division des tâches claire et précise: trois philosophes étaient, en tant qu'intervenants, responsables de la transmission du savoir d'orientation, tandis que quatre professionnels de la santé représentaient, en tant que participants à la table ronde, la pratique médicale. C'est ainsi que ce rapport résume les exposés et les discussions de la table ronde, afin de présenter par la suite un bilan thématique des expériences interdisciplinaires en vue du futur développement des Medical Humanities.

Les trois exposés ont couvert un large spectre thématique – l'un proposant une critique de la médicalisation basée sur des principes socio-politiques et philosophiques, les deux autres analysant l'apport théorique de la philosophie concernant la prise en charge orientée vers le patient. La confrontation des considérations théoriques avec les questions cadres orientées sur l'application pratique ont alors créé un champ de tension palpable tout au long des discussions. Effectivement, malgré des échanges constructifs autour de la table ronde, la tension entre théorie et pratique ne parvint pas à disparaître complètement. Toutefois, la thématique de la prise en charge orientée vers le patient s'est révélée être consensuelle, permettant une articulation particulièrement féconde entre théories philosophiques et pratique médicale. De ce fait, ce rapport plaide pour une compréhension renforcée des Medical Humanities en tant qu'espace de réflexion ainsi que pour une prise en considération des aspects implicites normatifs du projet.

Hintergrund

Die Auseinandersetzung mit holistischen Perspektiven ist in der Medizin kein neues Phänomen: Sie ist eng verschränkt mit dem Siegeszug der modernen Biomedizin, die sich seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert zunehmend auf die Naturwissenschaften bezog und die Patientinnen und Patienten in isolierte Organe und messbare Einzelfunktionen aufgliederte. Die Kritik an dieser Interpretation und die Forderungen nach einer stärkeren Berücksichtigung des Individuums als komplex strukturiertes und gleichzeitig kohärentes Ganzes setzten bereits in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts ein.¹ Die Akademien der Wissenschaften Schweiz hatten demnach für den halbtägigen Workshop, der im Zentrum des vorliegenden Berichts steht, einen gleichermaßen klassischen wie aktuellen Fokus gewählt: Das Thema der Veranstaltung – «*Auf der Suche nach dem Ganzen in der Medizin – der Beitrag der Philosophie*» – stand einerseits in der Tradition einer Kritik an reduktionistischen Perspektiven auf das Individuum, andererseits schloss es auch an die wesentlich jüngeren Medical Humanities an, die eine Intensivierung des Austauschs zwischen der Medizin sowie den Geistes- und Sozialwissenschaften anstreben.²

Im Rahmen der Medical Humanities initiieren die SAMW (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften) und die SAGW (Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften) seit 2012 jedes Jahr einen Workshop, der die Möglichkeiten einer Kooperation zwischen den Wissenschaftsbereichen ausloten und gleichzeitig die Vernetzung fördern soll. Die vierte Veranstaltung der Serie, durchgeführt am 24. März 2015 im Kursaal Bern, schränkte das Spektrum der aktiv beteiligten Disziplinen und Perspektiven explizit ein: Der Fokus lag auf dem Verhältnis zwischen der medizinischen Praxis auf der einen und der Philosophie auf der anderen Seite.³ Das Programm basierte dabei auf einer klaren Arbeitsteilung: Die eingeladenen Gesundheitsfachleute repräsentierten als Podiumsgäste die medizinische Praxis, während die Philosophinnen und Philosophen als Referierende für die Vermittlung des Orientierungswissens zuständig waren.

1 Vgl. dazu Lawrence, Christopher, Weisz, George: *Greater than the Parts. Holism in Biomedicine, 1920–1950*, New York; Oxford 1998.

2 Zu den Medical Humanities in der Schweiz vgl. Akademien der Wissenschaften Schweiz (Hg.): «Medical Humanities»: Über die Bedeutung der Geistes- und Sozialwissenschaften für die Medizinal- und Gesundheitsberufe, (= *swiss academies communications* Vol. 9, No. 5, 2014).

3 Vgl. dazu das Programm unter www.akademien-schweiz.ch

Leitfragen

Die Einführung in Bezug auf die aktiv beteiligten Disziplinen und die Rollenverteilung zwischen den Wissenschaftsbereichen kontrastierte mit einer relativ breiten Fragestellung. An die «Schriften zur Medizin» des französischen Wissenschaftsphilosophen und -historikers Georges Canguilhem (1904–1995) anknüpfend, eröffneten die im Programm aufgelisteten Leitfragen ein breites Spektrum an Themen.⁴ Den gemeinsamen Bezugspunkt bildeten der Beitrag der Philosophie zu einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit und Krankheit sowie daraus resultierenden Konsequenzen für die medizinische Praxis:

- Welche Divergenzen und Konvergenzen bestehen zwischen dem medizinischen und dem Alltagsverständnis von Gesundheit und Krankheit?
- Welche Aspekte von Gesundheit und Krankheit erschliesst die Philosophie in Ergänzung des medizinischen Verständnisses?
- Mit welchen Konzepten liessen sich die nicht oder wenig berücksichtigten Elemente in die medizinische Praxis integrieren?
- Welche Konsequenzen hätte der Einschluss dieser Aspekte auf das Verständnis, die Vermeidung und die Behandlung von Krankheit?

Die offene Formulierung der Fragestellung hatte durchaus ihren Reiz, der sich auch im Publikumsinteresse spiegelte: Der dreieinhalbstündige, zweisprachige (d/f) und kostenlose Workshop im Kursaal Bern war gut besucht. Neben den sieben Referierenden und Podiumsgästen reisten rund 70 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus verschiedenen Landesteilen an. Beide Wissenschaftsbereiche waren gut repräsentiert, wobei das Interesse der Gesundheitsfachleute überwog; neben inhaltlichen Gründen könnte dieses grössere Interesse auch auf institutionelle Anreize zurückzuführen sein, wurden doch für die Teilnahme an dem Workshop 3 FMH-Credits gutgeschrieben.

4 Canguilhem, Georges: Schriften zur Medizin, Zürich 2013 (Mit einem Nachwort von Michael Hagner).

Vorträge

Die grosse Offenheit der Leitfragen liess den drei Referentinnen und Referenten genug Spielraum, um eigene Schwerpunkte zu setzen. Die jeweils 20-minütigen Präsentationen deckten ein entsprechend breites Spektrum ab: So stand eine sowohl gesellschaftspolitisch als auch philosophisch fundierte Medikalisierungskritik neben zwei Referaten, die den theoretischen Beitrag der Philosophie zur patientenorientierten Versorgung reflektierten. Die Diskussionen zu den einzelnen Referaten, für die jeweils 20 Minuten zur Verfügung standen, akzentuierten den Bezug zur medizinischen Praxis. Die abschliessende Podiumsdiskussion führte vier Gesundheitsfachleute mit den Referierenden und dem Publikum zusammen, um über die Umsetzbarkeit der präsentierten Thesen zu debattieren.

Der Reflexionsraum, den sich die Medizinethikerin und Moderatorin Nikola Biller-Andorno (Center for Medical Humanities, Universität Zürich) von dem Workshop erhofft hatte, kam im Verlauf der Veranstaltung auf jeden Fall zustande, was sich unter anderem im angeregten Diskussionsklima zeigte. Allerdings standen die theoretischen Grundlagen aus den Referaten und die anwendungsorientierten Leitfragen in einem Spannungsverhältnis, das bis zum Schluss nicht aufgelöst werden konnte: Diese Pluralität (oder Diskrepanz, je nach Perspektive), die den Workshop ebenso facettenreich wie schwer fassbar machte, wird auch im vorliegenden Bericht sichtbar – ich werde, im Anschluss an die Zusammenfassung der Referate und Diskussionen, nochmals genauer darauf eingehen.⁵

Dr. Bertrand Kiefer, Genf:

Compréhension courante et médicale de la santé et de la maladie: convergences, différences et conséquences

Gleich der erste Vortrag machte deutlich, dass der Bezug auf «das Ganze» in der Medizin ein breites Spektrum an Perspektiven eröffnete, das vom einzelnen Patienten als kohärentes Individuum bis hin zur ganzen Gesellschaft reichte. Der Genfer Wissenschaftsjournalist, Mediziner und Theologe Bertrand Kiefer lotete in seinem Vortrag das Verhältnis zwischen dem alltäglichen und dem medizini-

⁵ Ich danke den Referierenden, den Podiumsteilnehmerinnen und -teilnehmern sowie den Organisatorinnen und Organisatoren für ihre wertvollen und konstruktiven Kommentare zu diesem Text.

schen Verständnis von Gesundheit und Krankheit aus und formulierte auf dieser Grundlage eine weit gehende Gesellschafts- und Medizinkritik.⁶ Sein Plädoyer für einen konstruktiveren und realistischeren Umgang mit den Unzulänglichkeiten des Körpers machte deutlich, dass er mit seinen philosophischen Reflexionen nicht primär dem aktuellen Verständnis von Gesundheit und Krankheit neue Facetten hinzufügen wollte: Kiefers Vortrag zielte vielmehr ins Zentrum, auf die existenzielle Ebene – dorthin, wo konkrete, rasch umsetzbare Perspektiven hinter die grossen Entwürfe zurücktreten.

Ausgangspunkt für seine Überlegungen bildete eine folgenreiche Destabilisierung des Gesundheitsbegriffs, die er im 20. Jahrhundert lokalisierte und in knappen Zügen skizzierte: Noch vor rund hundert Jahren definierte sich «Gesundheit» als «grosse Gesundheit», als Naturzustand, der sich durch die Abwesenheit von (evidenten) Krankheiten auszeichnete und der den pathologischen Prozessen vorgängig war. Oberstes Ziel der Krankenbehandlung sei eine *restitutio ad integrum* gewesen, eine vollständige Wiederherstellung des beeinträchtigten Körpers. Die technischen Revolutionen des 20. Jahrhunderts stellten diese grundlegende Trennung von Gesundheit und Krankheit in Frage: Die Medizin setzte zunehmend auf bildgebende Verfahren, Laboruntersuchungen und genetische Analysen, gleichzeitig gewann die Suche nach molekularen Ursachen von Krankheiten an Bedeutung. Kiefer assoziierte diese neuen Zugänge und Techniken nicht nur mit einer immensen Komplexitätssteigerung, sondern auch mit dem Verlust einer vormalig klaren Grenzziehung zwischen dem Normalen und dem Pathologischen. Der zunehmend prädiktiven Medizin gelang es im Laufe des 20. Jahrhunderts, immer mehr Erkrankungen bereits vor ihrer ersten Manifestation nachzuweisen – mit tiefgreifenden Konsequenzen: «Niemand ist mehr geheilt oder bei guter Gesundheit. Bei jedem existieren Risikofaktoren oder die ersten Anfänge einer Krankheit.»⁷ Gesundheit erscheine heute nicht mehr als Naturzustand, sie stelle vielmehr ein vielschichtiges und fragiles Konstrukt dar, in das sowohl physische als auch psychische, sowohl emotionale als auch soziale Faktoren verwoben seien.

6 Zur Argumentation des Referenten vgl. auch die folgenden Texte: Kiefer, Bertrand: «La santé parfaite», in: *Revue Médicale Suisse* 7 (2011), Nr. 319, S. 2376, sowie ders.: «Erreur dans la santé», in: *Revue Médicale Suisse* 11 (2015), Nr. 459, S. 332.

7 Übersetzung durch die Autorin.

Gesundheit in der Gesellschaft

Die einleitende Diagnose, Gesundheit sei im Laufe des 20. Jahrhunderts vom (idealerweise stabilen) Naturzustand zum labilen Konstrukt umgeformt worden, hätte ihn durchaus auf den ausgetretenen Pfad einer pauschalisierenden Kritik an der wissenschaftlichen, technisierten Biomedizin führen können. Kiefer, nicht nur Chefredakteur der Fachzeitschrift «Revue Médicale Suisse» und Leiter der Verlagsgruppe «Médecine et Hygiène», sondern auch Mitglied der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin und nicht zuletzt deshalb bestens vertraut mit dem Gelände und seinen Abgründen, schlug einen anderen Weg ein: Er richtete seinen Fokus nicht primär auf die medizinische Praxis, sondern vielmehr auf den gesamtgesellschaftlichen Umgang mit dem Gesundheitsbegriff. Anders, als es die Einleitung hätte vermuten lassen können, trauerte er der «grossen» (und in der medizinischen Praxis mittlerweile destabilisierten) Gesundheit nicht nach. Problematisch war für ihn vielmehr, dass diese ihre Definitionsmacht mitnichten verloren habe – im Gegenteil: Die Gesellschaft habe ihr eine sakrale Rolle zugewiesen. Während die institutionalisierten Religionen an Einfluss verloren hätten, sei die Gesundheit zum Zufluchtsort aufgestiegen, der vor Ernüchterung und Desillusionierung schützen solle. «*Es ist die Gesundheit, nicht das Heil, auf die sich die Hoffnungen auf ein Leben ohne Beschränkungen richten*», fasste Kiefer zusammen. Diese Interpretation spiegle sich auch in der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation: «*Die Gesundheit*», so lautet die dortige Definition, «*ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.*»⁸ Von Anfang an habe sich diese Formulierung als unrealistische und nicht umsetzbare Vision erwiesen – als Richtschnur, kritisierte Kiefer, könne sie nicht dienen. Zwar mehrten sich in den letzten Jahren die kritischen Stimmen, die eine Einschränkung und Präzisierung der Gesundheitsdefinition der WHO forderten. Ein durchschlagender Erfolg sei ihnen allerdings bisher verwehrt geblieben, insbesondere in der breiten Öffentlichkeit: Hier orientiere man sich nach wie vor an der perfekten Gesundheit, im Kontext der aktuellen technologischen Möglichkeiten verstanden als «*null Leiden, Verlängerung des Lebens und Selbstintensivierung*», bezog sich Kiefer auf den Philosophen Peter Sloterdijk.

Medikalisierung

Die Auswirkungen dieser Überhöhung der Gesundheit gingen für Kiefer weit über den medizinischen Bereich hinaus. «*Wir leben in einer Zeit der Medikalisierung sowohl durch die Gesundheitsindustrie als auch durch die Gesellschaft*», konstatierte er. Er assoziierte diese Medikalisierung mit zwei – eng miteinander verschränkten – Entwicklungen: einerseits mit einer Konsumhaltung, die auf einer permanenten und narzisstischen Sorge des Individuums um sich selbst basiere, und andererseits auf Normierungsprozessen, die das Individuum einer permanenten Kontrolle aussetzten. In der Leistungsgesellschaft werde Gesundheit zur Norm, delegiert an die Verantwortlichkeit des Individuums, das sich anpassen müsse, um konkurrenzfähig zu bleiben. Gleichzeitig würden Fehlbildungen und Abweichungen von der Norm seltener, während die Tendenz zu ihrer Klassifizierung und die Intoleranz gegenüber ihren Trägern zunähmen. «*Die perfekte Gesundheit*», warnte er, «*führt in eine geschlossene Welt, in eine Sackgasse.*» Deshalb gelte es, das vorherrschende Streben nach Perfektion, nach einem Leben ohne Widersprüche und Konflikte, zu konterkarieren – auch im Gesundheitswesen: «*Die Medizin soll sich nicht von der Leistungsgesellschaft leiten lassen, sondern diese hinterfragen*», forderte er. Sie müsse eine Gegenkultur bilden und dazu beitragen, ein anderes Krankheitsverständnis zu etablieren, das Respekt für Fehler einschliesst.

Medizin als Gegenkultur

Wie aber sollte eine solche Gegenkultur agieren? Was sollte die Medizin der problematischen Überhöhung der Gesundheit entgegensetzen? Und wo positionierte sich der Medizinjournalist, Verleger und Mitbegründer der Website «*planetesante.ch*», die sich an ein breites Publikum wendet? Wem solche und ähnliche Fragen auf der Zunge brannten, musste sich bis zur Diskussion gedulden: In der zweiten Hälfte seines dichten, eigentlich für die doppelte Sprechzeit konzipierten Vortrags ging der Referent nicht auf seine praktischen Erfahrungen ein, sondern fuhr massives theoretisches Geschütz gegen das Konstrukt der perfekten Gesundheit auf. Er führte eine ganze Reihe namhafter Philosophinnen und Philosophen an, die sich zu einer Unvermeidbarkeit – und darüber hinaus: einer Produktivität des Pathologischen, des Fehlers, der Prekarität organischer Strukturen, der Anomalien geäußert hatten. Neben Friedrich Nietzsche, Pierre Zaoui, Paul Ricoeur, Jean Baudrillard und Judith Butler bezog sich Kiefer dabei insbesondere auf Georges Canguilhem (1904–1995). In seinem bekanntesten Werk, der Monographie «*Das Normale und das Pathologische*», entwickelte der studierte Mediziner und Philosoph die These, dass das Normale nicht ohne

das Pathologische verstanden werden könne.⁹ Was im ersten Moment wie eine Binsenwahrheit klingt – nämlich dass die Krankheit, der Irrtum, der Fehler und das Scheitern zum Leben gehören –, bildete in Kiefers Vortrag eine interessante, wenn auch nur in groben Zügen ausgeformte Grundlage für eine neue Perspektive auf die medizinische Praxis, die sich nicht von existenziellen Fragen entkoppeln lässt. *«Letztlich ist das Leben – daher sein radikaler Charakter – dasjenige, was irren kann»*, zitierte er den französischen Philosophen Michel Foucault (1926–1984) und dessen Zuspitzung der Thesen seines ehemaligen Lehrers Canguilhem.¹⁰ Kein Leben, das nicht schlussendlich zum Scheitern verurteilt wäre, keine Evolution ohne genetische Mutation, kein Konzept von Gesundheit ohne Krankheit – und keine Wissenschaft vom Leben ohne Krankheit, Tod und Anomalie. *«Die Biologie – und auch die Medizin – müssen sich damit auseinandersetzen, dass sie mit der Anomalie untrennbar verbunden sind»*, bezog Kiefer diese Überlegungen auf seine eigene Disziplin: *«Es gibt keine Physiologie ohne Pathologie.»* Aufgrund dieser engen Verschränkung von Gesundheit und Krankheit war es für Kiefer auch verfehlt, den Menschen als physiologisches System zu interpretieren, das erst in einem zweiten Schritt von Pathologien getroffen werde. Eine Krankheit lasse sich in der klinischen Praxis nicht vom individuellen Patienten trennen, sie stelle deshalb keine rein wissenschaftliche Kategorie dar, die sich zum Beispiel aus der Überschreitung bestimmter Schwellenwerte ableiten lasse. Im konkreten Fall sei eine Diagnose immer auch mit einem Werturteil verknüpft, mit einer Konfrontation mit dem Individuum, resümierte er die Thesen Canguilhems. Obsolet war der Gesundheitsbegriff für den französischen Philosophen trotzdem nicht – er definierte ihn aber aus einer anderen Perspektive, die das Individuum in den Mittelpunkt rückte und dessen Fähigkeit betonte, Krisen zu überwinden, sich an neue Gegebenheiten anzupassen und immer wieder ein dynamisches Gleichgewicht mit der Aussenwelt zu etablieren. *«Die Gesundheit ist eine Form der Existenzbewältigung, bei der man sich nicht bloss als Besitzer oder Träger, sondern notfalls als Schöpfer von Wert, als Stifter von Lebensnormen empfindet»*, zitierte Kiefer.¹¹ Zeit für eine detaillierte (und durchaus lohnende) Auseinandersetzung mit den Thesen Canguilhems blieb allerdings nicht, lag der Schwerpunkt des Vortrags doch ganz eindeutig auf der Sichtbarmachung von Diskrepanzen – und nicht auf theoretischen und praktischen Ansätzen zu deren Auflösung. *«Im Herzen der modernen Welt existiert,*

9 Canguilhem, Georges: Das Normale und das Pathologische, Berlin 2013 (Originalausgabe Clermont-Ferrand 1943, erweiterte Ausgabe Paris 1966).

10 Zur Übersetzung siehe Marques, Marcelo (Hg.): Der Tod des Menschen im Denken des Lebens. Georges Canguilhem über Michel Foucault; Michel Foucault über Georges Canguilhem, Tübingen 1988.

11 Canguilhem, Georges: Das Normale und das Pathologische, Berlin 2013 (Originalausgabe Clermont-Ferrand 1943, erweiterte Ausgabe Paris 1966), S. 212.

was die Gesundheit angeht, ein tiefes Unverständnis», hob Kiefer zum Schluss nochmals hervor, «ein Unverständnis, das metaphysischen und religiösen Charakter hat.» Wie man dieses Unverständnis beheben könnte und wie eine konstruktive Antwort auf die Ubiquität und Unvermeidbarkeit von Fehlern und Pathologien lauten könnte, eine Antwort, die über ein unerbittliches «Memento mori» hinausgeht, blieb weitgehend offen.

Diskussionsbeiträge zum Vortrag von Bertrand Kiefer

Die Diskussionsbeiträge zu dem Referat von Kiefer machten deutlich, wie gross die Herausforderung war, die Distanz zwischen der Reflexion auf der Metaebene und der konkreten medizinischen Praxis zu überbrücken – und wie ausgeprägt sich das Publikum gleichzeitig für diesen Brückenschlag interessierte: Was bedeutete es ganz konkret, im medizinischen Alltag Fehler (verstanden im Sinn von Fehlfunktionen des Organismus) zu respektieren? War es nicht unabdingbar, Grenzen des Akzeptablen zu definieren? War es zum Beispiel legitim, bei der Behandlung eines krebskranken Kindes Einschränkungen zu machen? «Man muss das Ziel der Medizin limitieren», bezog Kiefer ganz klar Stellung, um dann in Ansätzen zu skizzieren, auf welche Demarkationen er diese Aussage bezog: Natürlich sei es schwierig, die Grenzen neu zu ziehen – «da muss man den Cursor gut platzieren». Grundsätzlich investiere man aber zu viel in die Gesundheit und die Krankheit, weil man eine Perfektion anstrebe. «Der Mensch wird zum Produkt im industriellen Sinn», kritisierte er. Man solle nicht versuchen, den Menschen zu standardisieren. Die Medizin müsse ihn viel mehr befähigen, zu sich selbst zu finden und das Maximum seiner eigenen Möglichkeiten wahrzunehmen – Möglichkeiten, die durch eine Krankheit reduziert würden. Er plädierte dafür, Schwierigkeiten und Hindernisse nicht nur negativ zu bewerten: «Die besten Schauspieler sind oft diejenigen, die am Anfang Sprachprobleme hatten», führte er als Beispiel dafür an, dass Menschen an einer Krankheit auch wachsen konnten. «Hätte man nur ihre Symptome behandelt, wären sie nie so weit gekommen.»

Trotz dieser Konkretisierungen reichte die – im Verhältnis zur Dichte des Vortrags doch recht knapp bemessene – Diskussionszeit nicht aus, um nachhaltig zwischen Theorie und Praxis zu vermitteln. So blieb für einige sehr interessante Fragen nur sehr wenig Raum: War es aus existenzieller Sicht überhaupt vertretbar, eine Krankheit als «Fehler» zu bezeichnen? War das Zwiespiel aus Erkennen von Fehlern und Handeln nicht bereits heute für die Erkenntnisprozesse in der Medizin zentral? Und machte vor dem Hintergrund von Kiefers Überlegungen eine Neuformulierung der Gesundheitsdefinition der WHO überhaupt Sinn?

Zumindest anregend, streckenweise auch provokativ, das machte diese Fülle an offenen Fragen deutlich, war der Vortrag auf jeden Fall gewesen, auch wenn er keine konkreten, direkt anwendbaren Rezepte vermittelte.

Prof. Dr. Christiane Schildknecht, Luzern: Was kann die Philosophie zur Medizin beitragen

Bereits der zweite Vortrag zeigte eindrücklich, dass die Antwort auf die Frage nach dem Verhältnis zwischen Philosophie und Medizin angesichts der Pluralität der Zugänge nur mehrstimmig ausfallen konnte. Während der Vorredner die Philosophie primär als Werkzeug eingesetzt hatte, um die Beziehung zwischen gesellschaftspolitischen Entwicklungen und den individuellen Erwartungen und Zwängen zu analysieren, stellte Christiane Schildknecht das Werkzeug selbst ins Zentrum: Unter dem Titel *«Was kann die Philosophie zur Medizin beitragen?»* systematisierte sie die Relationen zwischen den Disziplinen sowie ihre methodischen und erkenntnistheoretischen Selbstverständnisse, um dann anhand sprachphilosophischer Überlegungen sowie der Philosophie des Geistes herauszuarbeiten, wo sie den konkreten Beitrag der Philosophie zur Medizin sieht.

Die Professorin für Theoretische Philosophie und Leiterin des Zertifikatskurses «Philosophie und Medizin» an der Universität Luzern wies gleich zu Beginn auf die Heterogenität nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb der Disziplinen hin. Das Verhältnis sei ebenso eng wie komplex: *«Denn schon die Rede von «der Philosophie» oder «der Medizin» stellt eine unzulässige Vereinfachung dar.»* Nicht alle Fachrichtungen und Professionen innerhalb des Gesundheitswesens identifizierten sich gleichermassen mit den naturwissenschaftlichen Begrifflichkeiten und Methoden, ebenso wenig herrsche innerhalb der Philosophie Einigkeit über den Stellenwert des Materiellen, warnte die Referentin vor Pauschalisierungen. Auch die generalisierende Klassifizierung der Philosophie als (verstehende) Geistes- und der Medizin als (erklärende) Naturwissenschaft decke sich nicht zwangsläufig mit dem heterogenen Selbstverständnis innerhalb der Disziplinen. Indem Schildknecht gleich zu Beginn die Reichweite generalisierender Aussagen über die verschiedenen Disziplinen hinterfragte, konstituierte sie ein Spannungsfeld: Wenn sie sich in ihrem Vortrag nicht in den feinen Verästelungen der einzelnen Wissenschaftsbereiche und Disziplinen verlieren wollte, konnte sie nicht auf Generalisierungen verzichten. In der kurzen Redezeit, dies zeigten auch die Diskussionsbeiträge, liess sich dieses Dilemma nicht auflösen, es erhielt aber zumindest etwas deutlichere Konturen.

Erfahrung versus Reflexion

Bei aller Pluralität machte die Referentin doch grundlegende Achsen aus, entlang deren sich die Wissenschaftsbereiche voneinander abgrenzten. *«Während Medizin in erster Linie eine Wissenschaft ist, die sich auf Erfahrung beruft und ihr Wissen auf dieser empirischen Basis gründet»*, generalisierte sie, *«versteht sich Philosophie in erster Linie als Reflexionswissenschaft.»* Die Philosophie, so die Referentin, befasse sich primär mit Grundlagenfragen, sie nehme die Metaperspektive auf bestimmte Sachverhalte, Fragestellungen, Begriffe oder Probleme ein.¹² *«Von der Medizin als einer praktischen Wissenschaft wird niemand verlangen, dass sie sich mit (meta-)theoretischen Grundlagenfragen aufhält; von der Philosophie dagegen sehr wohl»*, erläuterte sie die Aufgabenverteilung, die mit einer unterschiedlichen Gewichtung von Theorie und Praxis assoziiert sei.

Diese Arbeitsteilung zwischen einer Erfahrungs- und einer Reflexionswissenschaft stellte für Schildknecht weit mehr als ein theoretisches Konstrukt dar – insbesondere im Rahmen der Beurteilung und Regelung medizinischer Grenzsituationen komme ihr auch eine praktische Bedeutung zu. So könne etwa die Ethik als Bereich der Praktischen Philosophie eine begründete Meta-Perspektive auf medizinisches Handeln einnehmen und Wert- respektive Begriffsklärungen vornehmen. *«Wenn es um Werte wie ‹Autonomie›, ‹Lebensqualität›, ‹Gerechtigkeit› etc. – um das ‹Ganze› also – geht, bedarf es eines Rückgriffs auf begriffliche und argumentative Ressourcen der Philosophie; ethische Theorien klären diese Begriffe nicht nur, sondern schlagen – etwa im Falle von Wertekonflikten – auch Gewichtungen vor»*, warb Schildknecht für die praxisrelevanten, wenn auch gemäss eigener Erfahrung im Gesundheitswesen nicht ausnahmslos geschätzten Kompetenzen ihrer Disziplin.

Theoretische Philosophie

Auf vertrautes Terrain begab sich Schildknecht in der zweiten Hälfte ihres Vortrags, indem sie sich auf zwei ihrer Spezialgebiete bezog: Anhand sprachphilosophischer Überlegungen sowie der Erforschung des phänomenalen Bewusstseins veranschaulichte sie, wie ihre Disziplin dazu beitragen könnte, der

¹² «Grundlagen» bezieht sich hier also nicht auf «naturwissenschaftliche Grundlagen».

Medizin zu einem erweiterten Selbstverständnis im Sinne eines «Ganzen» zu verhelfen. Dieses «Ganze» basierte für die Referentin, wenn auch implizit, auf einer Erweiterung des erkenntnistheoretischen Instrumentariums der Medizin: Wenn diese die Phänomene nicht nur, wie bis anhin, (kausal) erklären, sondern sowohl begründet *verstehen* wolle, sei sie auf das Orientierungswissen der Philosophie und deren Kenntnisse der Analyse von Begriffen und Bewusstsein angewiesen. Anhand von zwei Beispielen zeigte Schildknecht auf, wie sich ihre Disziplin die Grundlagen für dieses Orientierungswissen durch Begriffsklärungen erarbeitete. Die Methode zielte darauf ab, einen Begriff in seinen verschiedenen, auch kontextgebundenen Dimensionen auszuloten, um auf dieser Basis eine Begriffsklärung zu erreichen. Schildknecht interessierte sich dabei nicht nur für das, was ein Begriff eindeutig zu bezeichnen vermochte, sondern auch für seine Grenzen, für das, was er nur andeutete oder nur unscharf klassifizieren konnte, was sich vielleicht sogar insgesamt der Sprache entzog. An das Tagungsthema anschliessend, erläuterte sie ihr Vorgehen am Beispiel des konträren Begriffspaars *Gesundheit / Krankheit*. Zunächst charakterisierte sie, mit welcher Art von Begriffen sie es hier zu tun hatte: *«Abgesehen davon, dass es ein umgangssprachliches und ein fachspezifisches Verständnis dieser Begriffe gibt (und, damit verbunden, unterschiedliche Kriterien, die über ihr Erfülltsein entscheiden), wird man aus philosophischer Sicht zweierlei sagen: zum einen, dass es sich hier um nicht scharf begrenzte Begriffe handelt, so dass die Frage, ob wir es mit Gesundheit oder mit Krankheit zu tun haben nicht generell, sondern nur bezogen auf den Einzelfall zu beantworten ist, wobei es wiederum jeweils von der Perspektive oder dem jeweils unterstellten Interesse abhängt, wie diese Antwort ausfällt.»* Sie fächerte die Bedeutungen der Begriffe weiter auf, indem sie auf ihren normativen Gehalt hinwies: Sowohl «Gesundheit» als auch «Krankheit» stellten eine handlungsleitende Orientierung bereit, und zwar dahingehend, *«wie mit dieser Norm beispielsweise in rechtlicher, ökonomischer, anthropologischer oder eben: medizinischer Hinsicht zu verfahren ist»*. Der positive Begriff der Gesundheit definiere sich dabei zumeist *via negativa*, also in Abweichung zur Krankheit, erläuterte sie die engen Zusammenhänge zwischen den Begriffen, die sie anschliessend mit einer ganzen Reihe von Dualismen assoziierte, darunter «Leib» und «Seele», «Naturwissenschaft» und «Geisteswissenschaft», «Objektivität» und «Subjektivität».

Schmerz

Der Schmerz, den sie als «medizinischen Zentralbegriff» charakterisierte, diente Schildknecht als zweites Beispiel und gleichzeitig als Modell, anhand dessen sie die Interaktion zwischen mentalen und physischen Phänomenen auslotete. Schmerzempfindungen könnten aus mindestens zwei Perspektiven untersucht werden: einerseits als neurophysiologische Erscheinung, andererseits als mentaler, bewusster Zustand, *«der sich auf eine bestimmte Weise anfühlt und im Unterschied etwa zu Wünschen oder Hoffnungen auf keinen Gegenstand oder Inhalt gerichtet ist»*. Aber in welchem Verhältnis stehen diese beiden Perspektiven, die sich nicht ohne weiteres miteinander vereinbaren lassen? Diese Problematik werde, so Schildknecht, in der Philosophie seit fast fünfhundert Jahren debattiert. Den Ursprung der komplexen Situation lokalisierte sie in der frühen Neuzeit: Der Philosoph und Naturwissenschaftler René Descartes (1596–1650) postulierte damals eine kategoriale Trennung von Körper und Geist, die auf der Vorstellung basierte, dass mentale zwar keine physischen Phänomene seien, dass sie aber gleichzeitig eine kausale Wirkung im Bereich physischer Phänomene entfalten könnten. *«Wie kann etwas Unausgedehntes (<Denkendes>), das nicht im Raum existiert, auf einen im Raum befindlichen Körper einwirken?»*, brachte Schildknecht das aus dem cartesischen Dualismus resultierende Dilemma auf den Punkt, um anschliessend einen weitverbreiteten Lösungsansatz zu kritisieren: Der gegenwärtige monistische Ansatz reduziere das Mentale auf eine kausal geschlossene physische Welt, erkläre also jeden psychischen Zustand durch einen physischen Zustand. Problematisch an diesen physikalistischen und materialistischen Positionen sei, dass sie die Erlebnisqualität von Empfindungen wie zum Beispiel den Schmerz nicht zu erklären vermochten. Auf der Ebene des Physischen lasse sich nichts finden, was erklären könnte, warum Schmerz auf der Ebene des Psychischen eine schmerzhafteste und nicht etwa eine lustvolle Empfindungsqualität aufweise. *«Es ist diese nicht begrifflich fassbare und an das bewusste Subjekt gekoppelte Empfindungsqualität, die die Reduktion phänomenaler Zustände auf physische Zustände zu einem Problem macht.»* Schmerz lasse sich nicht anhand eines Kriteriums stabil ausweisen, der qualitative Gehalt, den er für das empfindende Individuum habe, lasse sich nicht begrifflich erfassen. Schmerz erschien in Schildknechts Begriffsklärung damit als Empfindungsqualität, die sich einer präzisen sprachlichen Definition entzieht und die gleichzeitig auch kein stabiles reduktives Verhältnis zur Physis aufweist.

Diskussionsbeiträge zum Vortrag von Christiane Schildknecht

Obwohl unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Workshops vermutlich kein Konsens über die Reichweite des Materialismus bestand, die Schildknecht in Frage gestellt hatte, blieb eine intensive Diskussion über dieses Thema aus. Die Wortmeldungen zu ihren dichten und komplexen Ausführungen bezogen sich fast ausschliesslich auf die Kategorisierungen und Dichotomien, die die Referentin vorgenommen hatte. Nikola Biller-Andorno zum Beispiel stellte in Frage, ob man die Geisteswissenschaften pauschal als verstehend und die Medizin als erklärend kategorisieren könnte: *«Tun wir uns damit einen Gefallen?»*, wollte sie von der Referentin wissen. Diejenigen, die auf der Grenze wandelten, seien mit dem Problem konfrontiert, beide Bereiche zu integrieren, hielt Schildknecht implizit an ihrer Unterscheidung fest. Auch die Unterscheidung zwischen deutlichen und vagen Begriffen wurde von einer Teilnehmerin als zu holzschnittartig kritisiert – es gebe doch einen Zwischenbereich, auf den man sich verständigen könne. Schildknecht wies auf die Literatur hin: Tatsächlich sei dieser Bereich aus Zeitgründen zu kurz gekommen. Eine Frage schliesslich zielte auf das Anwendungsspektrum der Begriffsklärungen ab. *«Woher kommt dieser Wunsch nach Eindeutigkeit bei Phänomenen, die nicht eindeutig sind? Machen wir es für die Versicherungen, für die Krankenkassen?»*, fragte Markus Zürcher, Generalsekretär der SAGW. Begriffsklärungen seien vor allem dann sinnvoll, erklärte die Referentin, wenn die Unzufriedenheit mit der Vagheit von Begriffen – als Beispiel nannte sie «Gesundheit» und «Krankheit» – so gross werde, dass die Sprachgemeinschaft nicht mehr damit operieren wolle. *«Es ist aber nicht so, dass Ihre Prämien billiger werden, wenn die Begriffe geklärt werden»*, ernüchterte sie allzu anwendungsorientierte Hoffnungen.

Dr. Andreas Cremonini, Basel: Lost in Data. Der Mensch als sinnhaftes Wesen

Auch beim dritten Beitrag lag der Fokus auf dem Verhältnis zwischen den individuellen Empfindungen und dem materiell fassbaren Körper. Die Perspektive war allerdings eine andere: Im Unterschied zu seiner Vorrednerin hob der Basler Philosoph Dr. Andreas Cremonini nicht auf eine Unvereinbarkeit zwischen den beiden Bereichen ab. Unter Rückgriff auf die Phänomenologie arbeitete er vielmehr heraus, dass die Philosophie und die Psychologie ein differenziertes Instrumentarium für die Charakterisierung von Erscheinungen bereithalten, die nicht im Materiellen aufgehen und die im vorsprachlichen, unscharfen Bereich angesiedelt sind.

Cremonini, der unter anderem den Zertifikatskurs «Philosophie für Fachleute aus Medizin und Psychotherapie» an der Universität Basel leitet, griff gleich beim Einstieg auf eingängige Bilder zurück, um seine durchaus komplexen Thesen zu illustrieren. Prince Leonce, der Protagonist aus Büchners Komödie «Leonce und Lena», formuliert zu Beginn des Stücks ein Anliegen, das paradox erscheint: *«O wer sich einmal auf den Kopf sehen könnte! Das ist eines von meinen Idealen.»* Wer es einmal versucht habe, kommentierte Cremonini trocken, der wisse, dass es nicht so einfach sei: *«Derselbe Körper, der uns den Blick auf die Umwelt eröffnet, steht uns im Weg, wenn wir uns selbst sehen wollen.»*

Selbsterkenntnis durch Zahlen?

Bietet vielleicht die Technik einen Ausweg aus dem Dilemma, dass wir den eigenen Körper immer nur in Ausschnitten erfassen? Die Exponenten der Quantified-Self-Bewegung würden diese Frage vielleicht bejahen – Cremonini zeigte sich dagegen skeptisch. Die sogenannten *Self Tracker* erheben Daten zu ihren körperlichen Zuständen, um diese dann online auszutauschen. Die Bewegung, die mit dem Slogan *«Self knowledge through numbers»* wirbt, will mithilfe der Messergebnisse unter anderem die Krankheitsprophylaxe verbessern und die individuelle Wettbewerbsfähigkeit erhöhen.¹³ *«Sinn lässt sich nicht aus blossen Daten herleiten»*, kritisierte Cremonini dieses Anliegen. Die eingangs beschriebene Diskrepanz zwischen Innen- und Aussenperspektive lasse sich auch mit technischen Mitteln nicht auflösen: Den quantifizierenden, messenden Blick der Naturwissenschaften könne man nicht auf den eigenen Körper übertragen, um

ihn komplett zu erfassen – dem Dilemma, dass man ihn immer nur ausschnittsweise sehe, entgehe man mit der Datenerhebung nicht. «*Wenn wir technische Apparate benutzen, erfassen wir den Körper von aussen – so, wie andere ihn erfassen würden*», bezog er in Anlehnung an eine Illustration des Physikers und Philosophen Ernst Mach (1838–1916) das Ausgangsproblem auf die technische Ebene. Dieses entzieht sich, das zeigten die durch Cremonini angeführten Beispiele sehr deutlich, einem Zugriff auf der individuellen Ebene. Hingegen lässt es sich auf einer Metaebene genauer konturieren, mit grossem Gewinn, eröffnet doch die Auseinandersetzung mit der Frage des eingangs zitierten spleenigen Prinzen sehr grundlegende Einsichten in die Art und Weise, wie sich Subjekt und Welt wechselseitig aufeinander beziehen. Diese Erkenntnisse haben allerdings ihren Preis, den so mancher Reduktionist nicht zu bezahlen bereit ist: Die Phänomenologie hat, stark geprägt von den Impulsen durch Edmund Husserl (1859–1938), das Grundproblem nämlich gelöst, indem sie zwei Perspektiven auf den individuellen Organismus entwickelt hat, die zwar miteinander verschränkt sind, die aber nicht ineinander aufgehen. Sie spricht vom *Leib*, wenn sie sich auf die immanente Perspektive des Subjekts bezieht, und vom *Körper*, wenn sie einen von aussen wahrnehmbaren, objektivierbaren Organismus meint. «*Mein Körper ist einerseits Körper unter anderen*», erläuterte der Referent diese Doppelperspektive, «*er ist andererseits durch eine Sonderstellung ausgezeichnet: ich verhalte mich zu ihm nicht wie zu einem Ding, ich erlebe ihn, lebe durch ihn.*» Auf diesen gelebten Körper, zu dem das Subjekt einen privilegierten Zugang habe, beziehe sich der Leibbegriff. «*Wir sind Leib*», zitierte Cremonini eine sehr prägnante Interpretation durch Helmut Plessner (1892–1985), «*und haben unseren Körper.*» In der zweiten Hälfte seines Vortrags verlieh er dem Leibbegriff klarere Konturen, um schliesslich anhand eines konkreten Beispiels zu skizzieren, wie er in der Psychoanalyse fruchtbar gemacht wird.

Genese von Sinn

Der Begriff *Leib*, etymologisch eng verwandt mit dem Begriff *Leben*, bezeichnet den gelebten Körper: Über den Leib verortet sich das Individuum in der Welt, und nur über den Leib kann es sie wahrnehmen. Beide Perspektiven sind alternativlos – weil jedes denkende Ich über einen leiblichen Standpunkt verfügt, gibt es ohne materielles Pendant, ohne Medium kein reines Bewusstsein, das einen absoluten Standpunkt einnehmen könnte. Gleichzeitig sind Wahrnehmung und Motorik untrennbar miteinander verschränkt: Jede Wahrnehmung wird von einer leiblichen Bewegung begleitet – einer Augen-, Kopf- oder Körperbewegung zum Beispiel. «*Diese Eigenbewegungen des Leibes nehmen wir aber nicht wahr*», erläuterte Cremonini die These der leiblichen Kinästhesie, «*sie sind*

nur als mitlaufendes leibliches Selbstbewusstsein gegenwärtig.» Das impliziert, dass ausgerechnet der Leib, ohne den keine Wahrnehmung möglich ist, immer am Rand des eigenen Wahrnehmungsfeldes liegt und dort nie als eigenständiger Gegenstand erscheint.¹⁴

Der Leib stellt so gesehen ein Scharnier dar, das nicht objektiviert werden kann, dem aber in der Beziehung zwischen Subjekt und Welt eine Schlüsselrolle zukommt – wenn nicht sogar die Hauptrolle. So interpretierte der französische Phänomenologe Maurice Merleau-Ponty (1908–1961) den Leib als unhintergehbare Struktur des In-der-Welt-Seins. Ohne Leib keine Offenheit für die Welt und kein Verflochtensein mit ihr. *«Existieren heisst: existieren in einem (leiblich erschlossenen) Horizont des Sinns»*, fasste Cremonini zusammen. Dass sich der Begriff «Sinn» hier einerseits auf die Wahrnehmungsebene, auf das Sensorium, andererseits aber auch auf den Sinn als Gegenstand des Verstehens sowie als Richtung, Wert oder Zweck beziehen lässt, ist kein Zufall: Merleau-Ponty betonte in seiner Theorie der Leiblichkeit die engen Zusammenhänge zwischen Wahrnehmung, Bewegung und der Freilegung, respektive Genese, von Sinn-Zusammenhängen, die sich nur schwer in Worte übersetzen lassen: *«Ein <stummer Logos> ist es, der den tätigen Leib und die Dinge der Welt miteinander verbindet»*, hob der Referent die Schwierigkeit hervor, den leiblich konstituierten Sinn zu versprachlichen. Dies gelinge im Rahmen anderer Ausdrucksformen, zum Beispiel in der bildenden Kunst, deutlich besser.

Wider den Positivismus des Körpers

In einem – wenn auch nur sehr knappen – Exkurs ging Cremonini auf die Integration und Weiterentwicklung der Phänomenologie durch die Psychoanalyse ein, die insbesondere den (ursprünglich durch Merleau-Ponty geprägten) Begriff des Körperschemas für die therapeutische Arbeit fruchtbar gemacht hat. Besonders bei Erkrankungen, in denen die Selbstwahrnehmung gestört sei oder sogar komplett auseinanderfalle, erwiesen sich die phänomenologischen Konzepte als sehr wertvoll. Eine Anorexie zum Beispiel könne auf dieser Grundlage als Manifestation eines Spannungsverhältnisses zwischen dem Sich-Empfinden (der Leiblichkeit resp. dem Körperschema) und dem Sich-Sehen (dem Körperbild) interpretiert werden. *«Wir haben niemals ein neutrales Bild von unserem Körper, es ist immer affektiv besetzt»*, erläuterte Cremonini die Thesen des Psy-

14 Vgl. dazu Kristensen, Stefan: «Maurice Merleau-Ponty I – Körperschema und leibliche Subjektivität», in: Alloa, Emmanuel, Bedorf, Thomas, Grüny, Christian, Klass, Tobias Nikolaus (Hg.): Leiblichkeit. Geschichte und Aktualität eines Konzepts, Tübingen 2012, S. 23–36.

choanalytikers Juan-David Nasio (1942), der zwischen dem realen Leib und dem imaginären Körper unterscheidet. Die Phänomenologie war also alles andere als eine Gedankenspielerlei – sie eröffnete in der therapeutischen Praxis neue Zugänge zu den Patientinnen und Patienten. Der Referent schloss mit einem Plädoyer für eine Erweiterung der Perspektiven auf den Organismus: «*Das erlebte Leben des menschlichen Körpers lässt sich nicht positiv (objektiv, materiell) bestimmen, sondern erschliesst sich nur in der Perspektive der Erfahrung und seiner Sinndimension*», fasste er zusammen. «*Wider den Positivismus des Körpers*», wollte er seine Erklärungen verstanden habe – allerdings impliziere seine Perspektive keine Fundamentalkritik an der naturwissenschaftlich fundierten Medizin: «*Auch ich lasse meine Kinder impfen*», betonte er zum Schluss.

Diskussionsbeiträge zum Vortrag von Andreas Cremonini

Die konkreten Beispiele und die Umsetzungsperspektiven, dies zeigte die Diskussion einmal mehr, stiessen beim Publikum auf die grösste Resonanz. Ob die *Self-Tracker* nicht auch als Cyborgs verstanden werden könnten – denen man mit der Wissenschaftsphilosophin Donna Haraway auch einen Leib zuschreiben könnte? Tatsächlich sei der Leib nicht einfach ein Werkzeug; er sei ein Werkzeug, das erweitert werden könne, entgegnete Cremonini. Deshalb sei es durchaus möglich, Prothesen und erweiterte Körperteile als holistische Funktionen einzubeziehen. Bei den *Self-Trackern* finde dieser Einbezug nicht statt, die Zweideutigkeit der Wahrnehmung fehle hier. Die Frage, wie der leibhaftige Mensch in der medizinischen Praxis, insbesondere in der Psychiatrie, vorkomme, wusste Cremonini weit weniger eindeutig zu beantworten. Er verwies auf Idiosynkrasien in der Welterschliessung und auf Themen, die sich der Entscheidungsbefugnis des Arztes entziehen, spielte die Frage aber grundsätzlich zurück an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer – er wolle sich nicht die Frage der ganzen Tagung auf die Schultern laden lassen, zeigte er sich vorsichtig. Auf zwei Anschlussfragen hin liess er sich zumindest entlocken, dass der Arzt den individuellen Stil der Welterschliessung des Patienten zuerst einmal verstehen müsse und dass ein Bewusstsein für die Vorsprachlichkeit gewisser Erscheinungen zu einem guten Gespräch dazugehöre.

Podiumsdiskussion: An der Schnittstelle zwischen Theorie und Praxis

Eine knappe Stunde und damit ein knappes Drittel der gesamten Rede- und Diskussionszeit war eingeplant, um mit den drei Referentinnen und Referenten sowie vier Gesundheitsfachleuten die Konsequenzen aus den Vorträgen zu diskutieren. Der Fokus der Podiumsdiskussion lag damit nicht auf dem prominentesten Thema der Medical Humanities, der Ausbildung, sondern auf der klinischen Praxis. Wo die Tagungsorganisatorinnen und -organisatoren das grösste Potenzial für eine Übersetzung des theoretischen Wissens in die Praxis lokalisierten, konnte man an der Zusammensetzung des Podiums ablesen: Ein Chefarzt der Inneren Medizin (Prof. Dr. Ludwig T. Heuss, Spital Zollikerberg), eine Vertreterin der Palliativmedizin (Dr. med. Monica Escher, Hôpitaux Universitaires de Genève), eine Psychotherapeutin mit langjähriger Erfahrung in der praktischen Umsetzung der Medical Humanities im Akutspital (Annina Hess-Cabalzar, Akademie Menschenmedizin) sowie ein promovierter Philosoph und Chefarzt der Psychiatrie (Prof. Dr. med. Dr. phil. Paul Hoff, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich) gingen gemeinsam mit den Referentinnen und Referenten sowie dem Publikum die anspruchsvolle Arbeit an der Schnittstelle zwischen Theorie und Praxis an.

Der Vorschlag der Moderatorin Nikola Biller-Andorno, das fruchtbare Spannungsverhältnis zwischen der medizinischen Praxis und den erörterten philosophischen Konzepten genauer auszuloten, stiess auf wenig Resonanz: Im Fokus der Praxisdiskussion stand, mit wenigen Ausnahmen, das ganze Fächerspektrum der Medical Humanities und nicht ausschliesslich das theoretische und methodische Instrumentarium der Philosophie, was möglicherweise auch auf die Heterogenität der vorgestellten Ansätze zurückzuführen war. Die Podiumsdiskussion führte entsprechend rasch von den Fragen und Konzepten der Vorträge weg; insbesondere das erste Referat, das sich auf die gesellschaftspolitische Ebene bezogen und eine Einschränkung der Ziele der Medizin gefordert hatte, wurde gar nicht mehr erwähnt, was möglicherweise (aber kaum ausschliesslich) auf sprachliche Gründe zurückzuführen war. Auf grössere Resonanz stiessen die hermeneutischen Ansätze aus dem zweiten und dritten Vortrag, die mehr direkte Anschlussmöglichkeiten für die Praxis boten, insbesondere für die patientenorientierte Medizin. «*Wir reden nicht von Abstrakta, sondern von Dingen, die sehr konkret umgesetzt werden, insbesondere in der Psychiatrie*», bestätigte zum Beispiel Paul Hoff in seinem Eingangsstatement die Relevanz von Ansät-

zen, die die Perspektive der Patienten stärker berücksichtigen. Im Zentrum der Podiumsdiskussion standen aber trotzdem nicht die Perspektiven der Philosophie, sondern allgemeinere Fragen der Umsetzbarkeit der Medical Humanities. Die Kooperation zwischen den Disziplinen, darüber waren sich die Beteiligten einig, sollte ausgebaut werden. Kein Konsens herrschte hingegen darüber, mit welcher Intensität dieser Ausbau vorangetrieben werden sollte und wie gross die Hindernisse waren, die es zu überwinden galt. Während Monica Escher mehr Interaktion forderte, ging Annina Hess-Cabalzar deutlich weiter: Sie wies auf ihre eigenen, langjährigen Erfahrungen in einem Akutspital mit umfassender Grundversorgung hin, wo die Medical Humanities bei der Entwicklung eines ganzheitlichen Behandlungsprozesses explizit mit einbezogen wurden.¹⁵ *«Wir haben genug gesprochen, wir müssen handeln»*, appellierte sie. *«Die Medical Humanities sind reif, um vollständig und gleichwertig in das Gesundheitssystem integriert zu werden.»* Paul Hoff dagegen warnte, die Hürden im klinischen Alltag zu unterschätzen. *«Ich möchte gerne noch ein bisschen Wasser in den Wein giessen»*, setzte er den optimistischen Einschätzungen seine Erfahrungen aus der Psychiatrie entgegen. *«Auf den Stationen und in den Klinikrapporten stösst man mitunter auf Widerstand, da bedeutet die Umsetzung harte Arbeit.»* Sein Statement wollte er aber keinesfalls als Aufruf zur Resignation verstanden wissen: *«Die englischsprachigen Kollegen sind weiter als wir – wir sollten Gas geben, damit wir den Anschluss nicht verlieren.»*

Keine Schreibtischarbeit

Vom Schreibtisch aus, darüber war sich das Podium einig, liessen sich die interdisziplinären Ansätze der Medical Humanities nicht umsetzen. So hob zum Beispiel Paul Hoff die Bedeutung der Interaktion innerhalb der Klinik hervor. *«Es geht nicht über einen akademischen Ansatz, über die Erklärung theoretischer Konzepte, sondern nur am konkreten Fall: Was ist eine Krankheit? Was berechtigt Ärzte zu handeln, auch wenn der Patient seine Situation anders einschätzt und sagt, er sei nicht krank?»* Ähnliche Erfahrungen hatte Annina Hess-Cabalzar gemacht: *«Die Philosophie muss sich einlassen auf die Klinik, sonst kann man sie nicht brauchen»*, schilderte sie die Voraussetzungen. Umgekehrt brauche es auch die Bereitschaft des Behandlungsteams, den Philosophen einzubetten. Diese sei alles andere als selbstverständlich: *«Da gab es alle Vorurteile der Welt – zum Beispiel: Ich habe keine Maturität»*, schilderte Hess-Cabalzar die Bedenken.

15 Vgl. dazu Hess, Christian, Hess-Cabalzar, Annina: Menschenmedizin. Für eine kluge Heilkunst, Frankfurt a.M. 2006.

Obwohl sie wiederholt auf die Komplexität und den Aufwand einer praktischen Anwendung der Medical Humanities hinwies, signalisierten die eingeladenen Klinikerinnen und Kliniker eine mehr oder weniger grosse Bereitschaft, sich auf entsprechende Prozesse einzulassen. Korrespondierte diese Haltung mit derjenigen der eingeladenen Philosophinnen und Philosophen? *«Das sind zeitintensive, allen Frustrationsaspekten ausgesetzte Projekte»*, umriss Christiane Schildknecht ihre Perspektive, *«das muss man wollen.»* Interdisziplinarität und die damit verbundenen Vermittlungsprozesse seien aufwändig – so könne zum Beispiel die philosophische Sprache nicht ohne Filter in die medizinische Praxis eingebracht werden. Es sei nicht nur wichtig, die Philosophinnen und Philosophen mit der medizinischen Praxis in Kontakt zu bringen, sondern umgekehrt die Mediziner mit der Universität, um sie mit der Elfenbeinturm-Mentalität zu konfrontieren, forderte sie eine (zumindest partielle) Reziprozität der Beziehungen ein.

(Inter-)Professionalität

Die im Verhältnis zur Breite und Komplexität des Themas doch recht knapp bemessene Diskussionszeit liess ausführlichere Exkurse über die praktischen Erfahrungen an der Schnittstelle zwischen den verschiedenen Disziplinen, aber auch zwischen Theorie und Praxis, leider nicht zu. So blieb zum Beispiel weitgehend diffus, welche Inhalte in der klinischen Praxis im Rahmen der Medical Humanities ausgehandelt wurden. Immerhin kristallisierte sich heraus, dass sich der Input nicht auf eine Ethikberatung in isolierten Fällen beschränkte, sondern dass er über punktuelle Interventionen hinausging und auch auf der strukturellen Ebene ansetzte. *«Es geht um die Frage der klinikinternen Kultur»*, präziserte Ludwig T. Heuss, um dann auf die Bedeutung der ärztlichen Ausbildung zu verweisen: *«Die Entwicklung zum Arztberuf ist ein Sozialisationsprozess im höchsten Mass. Dort ist der wesentliche Ansatz, denn es braucht Menschen, die bereit sind, sich auf so etwas einzulassen.»* Weil es keine harten, abzuprüfenden Fakten gebe, seien die Medizinstudierenden schwer zu gewinnen – und auch die Assistenzärzte im ersten Jahr zeigten erfahrungsgemäss keine Bereitschaft, sich mit den Medical Humanities auseinanderzusetzen. Erst mit zunehmender klinischer Erfahrung – seiner Erfahrung nach im zweiten oder im dritten Weiterbildungsjahr der Assistenzärzte – wachse das Bedürfnis zur Selbstreflexion und damit auch das Interesse an interdisziplinären Ansätzen.

Aber waren an der Schnittstelle zwischen Theorie und Praxis ausschliesslich die Ärztinnen und Ärzte gefragt? Auch wenn, mit Ausnahme der Psychothe-

rapeutin Hess-Cabalzar, keine anderen Professionen auf dem Podium vertreten waren, machten die Aussagen doch deutlich, dass die Medical Humanities nicht nur ein interdisziplinäres, sondern auch ein interprofessionelles Thema darstellten. Über die Ausgestaltung der Zusammenarbeit zeichnete sich ein – allerdings nur unscharf konturierter – Dissens ab. Monica Escher ging davon aus, dass die Medizinerinnen und Mediziner gewillt seien, nicht nur auf der technischen Ebene Verbesserungen zu machen, sondern auch auf der Ebene der Beziehung zum Patienten. «*Allerdings ist diese Bereitschaft geringer ausgeprägt als in der Pflege*», beurteilte sie die Situation. Es dürfe keinen Machtanspruch bestimmter Disziplinen geben, kommentierte Hess-Cabalzar die interprofessionellen Beziehungen – eine Forderung, die für Paul Hoff schwierig zu erfüllen war. Sowohl zwischen als auch innerhalb der Professionen gebe es Divergenzen und entsprechend auch Konflikte darüber, wer mitreden dürfe und wer Forschungsgelder erhalte. «*Die Umsetzung in einer grossen Akutklinik ist eine andere Sache als ein Konzept*», erinnerte er an die Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis und machte damit deutlich, dass die Medical Humanities nicht nur die Hürden der Interdisziplinarität zu bewältigen haben, sondern dass sie darüber hinaus auch für das komplexe, hierarchische und arbeitsteilige Gefüge der klinischen Praxis eine Herausforderung darstellen. Dazu kommt ein weiterer, in der Diskussion nur kurz tangierter Aspekt: Die Medical Humanities stehen nicht nur in der klinischen Praxis, sondern auch in der Forschung in einem grösseren, strategischen Kontext, der (weitgehend unabhängig von den inhaltlichen Interessen der einzelnen Beteiligten) ihren Status mitdefiniert. «*Der Punktgewinn einer Publikation in einem Fachjournal ist in karrieretechnischer Hinsicht wichtiger als derjenige in einem Journal der Medical Humanities*», erläuterte Hoff die Zusammenhänge. «*Die Frage ist: Kann ich es mir leisten, über den Tellerrand hinauszuschauen und mich in einen Bereich zu begeben, in dem ich möglicherweise ungelent bin?*», fasste er die Bedenken zusammen. An einer bestimmten Stelle in der Karriereleiter sei diese Situation problematisch – und im schlimmsten Fall unerwünscht.

Finanzierungsmodelle

Angesichts des steigenden Kostendrucks im Gesundheitswesen drängte sich die Frage nach der Finanzierung der Medical Humanities in der klinischen Praxis geradezu auf. Das Problem der Ressourcen war, folgte man den Wortmeldungen, eng mit einer Quantifizierbarkeit der erbrachten Leistungen verknüpft: Paul Hoff wies auf die *values-based medicine* hin, die im englischsprachigen Raum im Trend sei und sich nicht als Konkurrenz, sondern als Ergänzung zur

evidence-based medicine verstehe. «Das Problem ist: Wie kann man den Wert der Leistungen der Medical Humanities messen, wie kann man ihnen Autorität verleihen in einer Community, die auf Quantifizierung setzt?», umriss er die Schwierigkeiten, durch die man sich allerdings nicht abschrecken lassen sollte: «Wir müssen damit anfangen.» Aber wie musste man sich diese Quantifizierung genau vorstellen? Ob man ein Ethik- oder ein Beziehungs-DRG¹⁶ machen könne, wollte eine Teilnehmerin wissen. Monica Escher wies darauf hin, dass das DRG-System tatsächlich den Arbeitsaufwand für viele Leistungen nicht berücksichtige, die für die Qualität der Pflege von grosser Bedeutung seien, zum Beispiel das *Advance Care Planning* bei Patienten mit fortgeschrittenen Krankheiten. Eine flächendeckende Anwendung der aktuellen DRGs gefährde möglicherweise diese Leistungen, weil sie nicht mehr abgerechnet werden könnten. Dagegen sah Annina Hess-Cabalzar keine Notwendigkeit für neue Finanzierungsmodelle: Sie wies darauf hin, dass sich die vertiefte Reflexion des klinischen Tuns und die Ausrichtung auf den Patienten auch finanziell lohnten, weil sie zu einer weit weniger exzessiven Anwendung medizinischer Möglichkeiten führten. Dadurch würden die nötigen Ressourcen mehr als freigesetzt. Auch Ludwig T. Heuss zeigte sich überzeugt, wenn auch aus einer anderen Perspektive, dass die Schaffung neuer DRGs keine Lösung darstelle: Die Medical Humanities könnten weder alle Probleme des Gesundheitswesens lösen, noch ersetzen sie einen naturwissenschaftlich-quantifizierenden Zugang. Der Spannungsbogen zwischen den verschiedenen Perspektiven werde bestehen bleiben. Die Funktion der Medical Humanities lokalisierte er an anderer Stelle: «Wir müssen Spannungen aushalten – das ist eine der grossen Herausforderungen, die uns die Postmoderne stellt», analysierte er die Situation. «Gerade da brauchen wir das Orientierungswissen von anderen Disziplinen.» Auch Paul Hoff setzte nicht primär auf eine Eingliederung der Medical Humanities in das Klassifikationssystem der DRGs. Vielmehr gehe es darum, diejenigen einzubinden, die für die Finanzierungsmodelle im Gesundheitswesen zuständig seien. «Man muss von einem wohlwollenden Publikum hin zu Fachgesellschaften gehen, in denen kein Konsens besteht», schlug er vor. Nicht immer seien die Reaktionen ablehnend, zeigte er sich optimistisch.

16 DRG steht für «Diagnosebezogene Fallgruppe» und bezieht sich auf ein in der Schweiz 2012 eingeführtes Klassifikationssystem für ein pauschalisiertes Abrechnungsverfahren.

Ausblick

In ihrem abschliessenden Votum hob die Moderatorin Nikola Biller-Andorno die positiven Ansätze des Workshops hervor: «*Hier entsteht eine starke Community, die an einer patientenorientierten Versorgung arbeitet, und zwar interdisziplinär und nicht im Antagonismus zur Klinik.*» Tatsächlich hatten das breite Interesse an der Tagung und das konstruktive Diskussionsklima gezeigt, dass in den verschiedensten Professionen und disziplinären Kontexten ein Interesse bestand, über den vertrauten Tellerrand zu blicken. Die patientenorientierte Versorgung erwies sich als besonders konsensfähiges Thema, das eine Verschränkung philosophischer Theorien mit der medizinischen Praxis ermöglichte: Die Ansätze aus der Phänomenologie, das zeigten die Diskussionsbeiträge ganz klar, eröffneten der naturwissenschaftlich orientierten Medizin neue, produktive Zugänge zu den einzelnen Patientinnen und Patienten. Das gesuchte Ganze in der Medizin, so könnte ein Fazit des Workshops lauten, findet sich im ganzen Patienten, in der Berücksichtigung seiner Wahrnehmungen und Erfahrungen und in einer breiteren Anerkennung für Phänomene, die sich einer Quantifizierung entziehen.

Dieses erfreuliche und für die medizinische Praxis wertvolle Ergebnis des Workshops sollte allerdings nicht dazu verführen, die Konzeptualisierung der Medical Humanities für abgeschlossen zu erklären: Weder ist der Fund so einzigartig und komplett, dass er als zentraler Fokuspunkt für das noch junge interdisziplinäre Feld dienen könnte, noch ist er so neu, dass er die Perspektive auf die bisherigen Debatten über dessen Ausgestaltung komplett verändert. Die Phänomenologie hat den Elfenbeinturm schon vor längerer Zeit verlassen – dass hier schon seit Jahrzehnten ein fruchtbarer Austausch zwischen der Philosophie und der Psychotherapie stattfindet, kam zwar im zweiten Vortrag ganz kurz zur Sprache, mehr als einen sehr groben Eindruck erhielten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aber nicht. Zwischen den referierten philosophischen Theorien und ihrer Übersetzung in die Empirie tat sich im Workshop ganz offensichtlich eine Lücke auf, in der weite Teile bereits geleisteter Arbeit ebenso lautlos verschwanden wie die durchaus diskussionswürdigen, gesellschaftspolitischen Thesen aus dem ersten Referat. Die Diskussion knüpfte in erster Linie an diejenigen Ansätze an, die bereits aus anderen Kontexten bekannt waren und die eine leicht erkennbare Umsetzungsperspektive boten.

Es wäre zu kurz gegriffen, dieses Manko den einzelnen Referierenden oder Podiumsgästen anzulasten. Bereits die Struktur des Workshops sah eine Trennung

zwischen Exponentinnen und Exponenten der philosophischen Theorie auf der einen Seite und Praktikerinnen und Praktikern aus der Medizin vor – die Rollenzuweisungen waren klar, wenn auch in manchen Fällen konstruiert.¹⁷ Implizit basierte die Tagung auf dem Konzept, das Orientierungswissen aus der Philosophie (respektive dem breiteren Spektrum der Geistes- und Sozialwissenschaften) mit dem empirischen Wissen aus der Medizin zu verbinden, und zwar entlang einer ebenso relativ klar definierten wie ambitionierten Nahtstelle: Sie sollte zwischen den drei Referaten und der Podiumsdiskussion verlaufen, erwies sich allerdings, wie schon beschrieben, als wenig belastbar.¹⁸ Der vielschichtige Prozess der Vermittlung zwischen Theorie und Praxis lässt sich ganz offensichtlich nicht im Rahmen klar definierter Zeiträume und Rollenverteilungen leisten, auch nicht in Ansätzen. Die Wissensproduktion in diesem Bereich wird geprägt durch Grenzgänge, Rollenwechsel, Rückschläge – und vor allem, wie auch die Podiumsdiskussion zeigte, durch das Engagement der Beteiligten, durch ihre Bereitschaft, sich auf komplexe Aushandlungsprozesse einzulassen, sowohl in der medizinischen Praxis als auch in der interdisziplinären Forschung. Es wäre wünschenswert, dass dieses Engagement und die damit verbundenen praktischen Erfahrungen in der Struktur künftiger Workshops mehr Raum erhalten.

Die Problematik des «Ganzen»

Wenn die patientenorientierte Medizin eine vielversprechende, aber nicht die einzige Perspektive der Medical Humanities darstellt, wenn das Individuum also eine wichtige, aber nicht die exklusive Referenz ist – was müsste man dann unter «dem Ganzen» verstehen, das den Titel des Workshops prägte? Wie sollte man sich das im Programmtext angesprochene «ganzheitliche Verständnis von Gesundheit und Krankheit» vorstellen? Die Antworten auf diese Fragen blieben in den Referaten in der Regel implizit: Im Zentrum der Reflexionen stand nicht ein positiv konnotiertes und klar konturiertes Ganzes, im Mittelpunkt stand zunächst viel mehr die Problematisierung von definitionsmächtigen, aber fragmentierten und eindimensionalen Perspektiven auf den Organismus, den Patienten /

17 So verfügten zum Beispiel mindestens zwei aktive Teilnehmer über eine Doppelausbildung in Medizin und Philosophie, hätten also sowohl dem theoretischen als auch dem empirischen Teil zugewiesen werden können.

18 Zu der problematischen Rollenverteilung zwischen der Philosophie, die Orientierungswissen liefert, und der medizinischen Praxis, die das empirische Wissen bereitstellt, vgl. Graumann, Sigrid, Lindemann, Gesa: «Medizin als gesellschaftliche Praxis, sozialwissenschaftliche Empirie und ethische Reflexion: ein Vorschlag für eine soziologisch aufgeklärte Medizinethik», in: Ethik in der Medizin 21 (2009), S. 235–245. Die Autorinnen beziehen sich auf die Medizinethik, ihre Reflexionen lassen sich m.E. aber auch auf die Medical Humanities übertragen.

die Patientin oder die Gesundheit. So problematisierten zum Beispiel der zweite und der dritte Beitrag die Reichweite eines quantifizierenden Zugriffs auf den Körper, eine zu starke Fokussierung auf erklärende Ansätze sowie auf die Ebene des Materiellen, auf den von aussen wahrnehmbaren, objektivierbaren Organismus. Auch wenn der erste Vortrag andere thematische Akzente setzte, folgte er doch einem ähnlichen Argumentationsmuster, indem er sich mit seiner Kritik an der Überhöhung des Gesundheitsbegriffs zunächst von einer dominierenden, aber bedenklichen Entwicklung abgrenzte. In einem zweiten Schritt skizzierten die Referierenden anschliessend Gegenentwürfe oder zumindest Ergänzungsvorschläge zu den problematisierten Perspektiven: Dazu zählen die Erweiterung des erkenntnistheoretischen Instrumentariums der Medizin durch die Verknüpfung von erklärenden *und* verstehenden Zugängen, eine stärkere Berücksichtigung des individuellen Stils der Welterschliessung sowie ein geschärftes Bewusstsein für die Bedeutung der Interaktion zwischen mentalen und physischen Phänomenen sowie der Notwendigkeit und Unumgänglichkeit des Pathologischen.

Kein Körper ohne Leib, keine Gesundheit und Krankheit, keine Physis ohne Psyche – und keine Medizin ohne Gesellschaft: Die Beiträge zum Workshop unterstrichen das Potenzial einer Sicht auf die medizinische Praxis, die vor Komplexitäten und Ambivalenzen nicht zurückschreckt und die immer wieder hinterfragt, was auf den ersten Blick als evident und alternativlos erscheint. Inwiefern sich diese Sicht mit einer holistischen Perspektive deckte, wäre allerdings noch zu klären – ob die Gegenentwürfe und Ergänzungsvorschläge aus den Referaten tatsächlich auf ein kohärentes «Ganzes» abzielten oder ob sie in erster Linie als (weniger voraussetzungsreiche) Kritik an einseitigen und reduktionistischen Perspektiven zu verstehen waren, blieb implizit, da niemand die Verknüpfung der Medical Humanities mit der Semantik des Holismus zur Diskussion stellte. Sofern der Begriff «des Ganzen» in den Referaten überhaupt kurz aufblitzte, dann erschien er eher als zentrale Kategorie denn als reflexionswürdiges Konzept. Wer vom «Ganzen» sprach, bezog sich offenbar implizit auf ein Verständnis von Gesundheit und Krankheit, das nicht restlos aufging in einer Medizin, deren wichtigster Orientierungspunkt die naturwissenschaftlichen Grundlagenfächer bildeten. Um «ganz» zu werden, bedurfte die Medizin deshalb eines Zusatzes, zum Beispiel durch die Philosophie respektive die Medical Humanities. So einleuchtend diese Argumentation im Rahmen des Workshops auf viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer offenbar wirkte, so problematisch erscheint sie aus der Retrospektive, und zwar aus zwei Gründen:

1. Normative Aufladung: Die Engführung mit der Rede vom «Ganzen» lädt das interdisziplinäre Projekt der Medical Humanities normativ auf, weil sie sehr pauschalisierend impliziert, dass einem der beteiligten Wissenschaftsbereiche, der Medizin, etwas fehlt, das durch andere Disziplinen ergänzt werden kann. Nicht alle Teilnehmer der Veranstaltung konnten sich mit dieser Sicht identifizieren: So problematisierte Ludwig T. Heuss in seinem Eingangsstatement eine zu starke Betonung von Defizienzen in der Medizin durch die Medical Humanities. Gleichzeitig hob er hervor, dass die Medizin nicht nur Wissenschaft und nicht nur Naturwissenschaft sei – und deshalb auf das Orientierungswissen aus der Philosophie angewiesen sei. Wie aber lässt sich in dieser komplexen Konstellation eine normative Aufladung des noch recht jungen Projekts umgehen? Auch wenn es schwierig sein dürfte, diese Frage abschliessend zu beantworten, so könnte ein reflektierter Umgang mit den jeweils eigenen Prämissen und Rollenzuweisungen zu einem weniger verkrampten Umgang zwischen den verschiedenen Wissenschaftsbereichen beitragen. Wer nicht dauernd auf seine Mängel reduziert wird, lässt sich eher auf einen offenen Dialog ein.

2. Komplementarität durch ergänzendes Orientierungswissen: Das Konzept der Ganzheitlichkeit ist nicht nur normativ aufgeladen, es weist darüber hinaus den Geistes- und Sozialwissenschaften implizit eine ergänzende Rolle zu – wobei unklar ist, wie «das Ganze» genau aussehen soll. So einleuchtend diese Interpretation für einzelne Ansätze, z.B. die patientenorientierte Medizin, auch sein mag, so birgt sie doch auch ganz klare Nachteile, wenn sie auf das gesamte Projekt bezogen wird: Im schlimmsten Fall amalgamiert die Metapher der Komplementarität die Medical Humanities mit Verfahren und Ansätzen, deren wissenschaftlicher Wert umstritten ist und die nicht selten in Konkurrenz zu den etablierten Verfahren stehen, und wertet sie damit massiv ab. Unabhängig davon, wie man sich zu Behandlungsmethoden und diagnostischen Konzepten stellt, die ausserhalb oder an der Peripherie der naturwissenschaftlich fundierten Medizin positioniert werden: Die Medical Humanities gehören schon allein deshalb nicht in dieses Spektrum, weil sie auf der Zusammenarbeit zwischen etablierten Wissenschafts- und Praxisbereichen basieren und weil sie sich entsprechend auf stabilisierte Ansätze aus den beteiligten Disziplinen beziehen. Das heisst nicht, dass die Wissensbestände und Praxen aus den fremden Fachgebieten fraglos akzeptiert werden müssten: Hier treffen schliesslich nicht zwei geschlossene Denksysteme aufeinander, die sich – sofern sie nicht komplett inkommensurabel sind – im besten Fall irgendwie ergänzen; hier kooperieren zwei Wissenschaftsbereiche, die (so ist es zumindest zu hoffen) voneinander lernen können, nicht zuletzt deshalb,

weil die kritische Reflexion ihrer eigenen Grundlagen und die Suche nach neuen Lösungswegen zu ihrem wissenschaftlichen Selbstverständnis gehört. Da sie nicht statisch sind, ist auch die Reichweite der Gegensatzpaare, die so oft zu ihrer Charakterisierung herangezogen werden, durchaus beschränkt: Die Medical Humanities werden nicht selten nach dichotomisierenden Bildern modelliert, die zum Beispiel eine «harte», «erklärende», an den Naturwissenschaften orientierte Medizin mit den «weichen» und «verstehenden» Geistes- und Sozialwissenschaften kontrastieren. Wie gross die Reichweite solcher pauschalisierenden Zuschreibungen ist, stand bereits im Workshop zur Debatte.¹⁹ Das Thema wird auch in der internationalen Diskussion über die Medical Humanities problematisiert.²⁰ Wenn sich die einzelnen Wissenschaftsbereiche aber nur bedingt auf spezifische Perspektiven festschreiben lassen: Wie definiert sich dann ihre Komplementarität? Stereotype können nicht die Grundlage für eine Definition der Zusammenarbeit bilden – darüber dürften sich alle Beteiligten einig sein.

Macht die Philosophie das Leben einfacher?

Auch ohne dass sich die Medical Humanities auf ein diffuses «Ganzes» und das Ideal der Komplementarität berufen, können sie zu einer patientenorientierten Medizin beitragen. Daneben müssten allerdings auch andere Fragestellungen Platz finden, zum Beispiel der im ersten Referat angesprochene gesamtgesellschaftliche Umgang mit Krankheits- und Gesundheitskonzepten und dessen Implikationen für die medizinische Praxis. Ob die Geistes- und Sozialwissenschaften das in der Podiumsdiskussion eingeforderte Orientierungswissen tatsächlich liefern können, dürfte von Fall zu Fall verschieden sein – die Festlegung auf einen standardisierten Kanon an Wissensbeständen, aus dem sich normative Vorgaben ableiten lassen, wäre hier wohl weder umsetzbar noch sinnvoll. Der wichtigste Beitrag der geistes- und sozialwissenschaftlichen Fächer, die Philosophie miteingeschlossen, dürfte vielmehr woanders liegen: Der eingangs zitierte Georges Canguilhem behauptete in den späten 1970er-Jahren nicht ohne Selbstironie, dass die der Philosophie eigene Funktion darin bestehe, die Existenz des Menschen nicht etwa einfacher, sondern komplizierter zu

19 Vgl. dazu den Vortrag von Christiane Schildknecht.

20 Vgl. für eine Warnung vor einer Engführung der Medical Humanities mit «weichen» Methoden und einem narrativen Zugang: Polianski, Igor J., Fangerau, Heiner: «Toward «Harder» Medical Humanities: Moving Beyond the «Two Cultures» Dichotomy», in: *Academic Medicine* 87 (2012), Nr. 1, S. 121–126.

machen.²¹ Unabhängig davon, ob man mit ihm übereinstimmt oder nicht: Die Philosophie hat, ebenso wie die meisten Geistes- und Sozialwissenschaften, ein theoretisches und methodisches Instrumentarium entwickelt, das es ermöglicht, sich im unwegsamen, komplexen Gelände zu bewegen und zu reflektieren, wo man sich gerade befindet. Gerade der (notwendigerweise) ergebnisorientierten, durch standardisierte Verfahren strukturierten medizinischen Praxis könnte dieses Instrumentarium die Möglichkeit eröffnen, die eigenen Theorien und Praxen im einem weiteren Kontext zu positionieren. Hier könnte, in enger Zusammenarbeit zwischen den Wissenschaftsbereichen, ein Reflexionsraum entstehen, in dem man nicht sofort eine Diagnose stellen und eine Entscheidung fällen muss, in dem man es sich leisten kann, einen Gegenstand von allen Seiten genau zu betrachten, in dem die eigene Perspektive weder als privilegiert noch als beliebig erscheint, in dem die Grenzen und Spielräume des eigenen Handelns deutlicher werden: Wie könnte zum Beispiel ein konstruktiver Umgang mit konfligierenden Referenz- und Wertesystemen aussehen? Wie lassen sich Phänomene berücksichtigen, die sich einer Quantifizierung entziehen, aber trotzdem relevant sind? Wie geht man damit um, dass das eigene Wissen und Handeln immer situiert ist und dass es niemandem mehr gelingt, das Wissen aus den verschiedenen Fachgebieten integral zu erfassen? Wie verändert sich die Rolle der Medizin als gesellschaftlicher Teilbereich – und welche Konsequenzen resultieren daraus für die medizinische Praxis? Auf dem Reissbrett oder am Schreibtisch lässt sich der Reflexionsraum für solche und weitere Fragen nicht entwerfen – er kann nur in aufwändigen Prozessen ausgehandelt werden. Entsprechend stellt er keine ansprechende Ergänzung an der Peripherie der Medizin dar: Er muss sich, wenn er funktionieren soll, mittendrin befinden.

21 «L'auteur soutient que la fonction propre de la philosophie est de compliquer l'existence de l'homme, y compris l'existence de l'historien des sciences.» In: Canguilhem, Georges: *Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie. Nouvelles études d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris 1981 [2^e édition revue et corrigée]. Zum Kontext der Aussage vgl. Borck, Cornelius, Hess, Volker, Schmidgen, Henning: «Einleitung», in: dies. (Hg.): *Mass und Eigensinn. Studien im Anschluss an Georges Canguilhem*, München 2005, S. 7–44.

Aktivitäten der Akademien der Wissenschaften Schweiz im Bereich «Medical Humanities»

Workshop Medical Humanities IV (24. März 2015):
**Auf der Suche nach dem Ganzen in der Medizin –
der Beitrag der Philosophie.**

3 Preise für Artikel aus den «Medical Humanities»,
publiziert 2015 in der Schweizerischen Ärztezeitung:
1. Preis: Rose-Anna Foley, Claire Ansermet, Annick
Anchisi, Sandro Anchisi, «**Interdisziplinäre Ansätze in
der Behandlung älterer Patienten mit Chemothera-
pie**», in: Schweizerische Ärztezeitung.
2. Preis: Veronika Schoeb, Anita Hartmeier, Sara Keel,
«**Transfer von Forschungsergebnissen zur Austritts-
planung in drei Schweizer Rehabilitationskliniken:
Reflexion als Sprungbrett für Veränderungen im
Praxisalltag**», in: Schweizerische Ärztezeitung.
3. Preis: Marion Droz Mendelzweig, Armin von
Gunten, Claire Newman, Florence Galland Laini,
Krzysztof Skuza, «**Announcement du diagnostic MCI (Mild
Cognitive Impairment): à propos de la démarche
diagnostique des troubles cognitifs chez l'âgé**», in:
Schweizerische Ärztezeitung, und Ute Ziegler,
Claudia Acklin, «**Design als Gesundheitsressource –
Stress-reduzierende Designinterventionen in einer
Psychiatrischen Klinik**», in: Schweizerische
Ärztezeitung.

Publikation «**Medical Humanities: Über die
Bedeutung der Geistes- und Sozialwissenschaften
für die Medizinal- und Gesundheitsberufe**»,
Akademien der Wissenschaften Schweiz, 2014.

Workshop Medical Humanities III (25. März 2014):
«Medical Humanities» in Forschung und Praxis.

Workshop Medical Humanities II (26. März 2013):
**Der Platz der Geistes- und Sozialwissenschaften in
der medizinischen Ausbildung.**

Workshop Medical Humanities I (16. März 2012):
**«Medical Humanities»: Stand und weitere
Entwicklung an Schweizer Hochschulen.**

Publikation «**Medical Humanities in der Schweiz**»,
Akademien der Wissenschaften Schweiz, 2012.

Publikation «**Gesundheitsforschung in der Schweiz –
Thematische Schwerpunkte, institutionelle
Verankerung**», eine Standortbestimmung im Auftrag
der SAGW von Andreas Bänziger, Yvonne Treusch,
Peter Rüesch, Julie Page, SAGW, 2012.

Publikation «**Intimität und Intrusion. Bericht zum
interdisziplinären Workshop-Zyklus «Medical**

Humanities» der SAMW und der SAGW», Sibylle
Obrecht Löscher, Akademien der Wissenschaften
Schweiz, 2011.

Workshop III (21. Mai 2010): «**Konsultation und
Sexualität, jenseits von Viagra und Scham**»,
interdisziplinärer Workshop-Zyklus.

Workshop II (26. September 2009): «**Intimität und
Intrusion auf der Intensivstation**», interdisziplinärer
Workshop-Zyklus.

Workshop I (3. September 2009): «**Intimität und
Intrusion in der Psychiatrie: Interdisziplinäre
Aspekte**», interdisziplinärer Workshop-Zyklus.

Externe Publikation «**Biomedicine as Culture:
Instrumental Practices, Technoscientific Knowledge,
and New Modes of Life. Routledge Studies in
Science, Technology and Society**», Burri, Regula
Valérie & Joseph Dumit (Hg.), New York, London:
Routledge, 2007.

Publikation «**Médecine et sciences humaines.
Sciences humaines en médecine: formation et
collaboration**», colloque du 4–5 mai 2006 à
Lausanne, Académie suisse des sciences humaines
et sociales, 2006.

Tagung «**Medizin und Humanwissenschaften.
Humanwissenschaften in der Medizin: Ausbildung
und Mitarbeit**», 26. April 2006.

Tagung «**Medizin als Kulturwissenschaft –
Kulturwissenschaften der Medizin**», 12./13. November
2004.

Activités des Académies suisses des sciences dans les «Medical Humanities»

Workshop Medical Humanities IV (24 mars 2015): A la recherche du tout dans la médecine – la contribution de la philosophie.

3 Prix pour des articles provenant du domaine des «Medical Humanities», publiés en 2015 dans le Bulletin des médecins suisses:

1. Prix: Rose-Anna Foley, Claire Ansermet, Annick Anchisi, Sandro Anchisi, «Interdisziplinäre Ansätze in der Behandlung älterer Patienten mit Chemotherapie», in: Bulletin des médecins suisses.
2. Prix: Veronika Schoeb, Anita Hartmeier, Sara Keel, «Transfer von Forschungsergebnissen zur Austrittsplanung in drei Schweizer Rehabilitationskliniken: Reflexion als Sprungbrett für Veränderungen im Praxisalltag», in: Bulletin des médecins suisses.
3. Prix: Marion Droz Mendelzweig, Armin von Gunten, Claire Newman, Florence Galland Laini, Krzysztof Skuza, «Annonce du diagnostic MCI (Mild Cognitive Impairment): à propos de la démarche diagnostique des troubles cognitifs chez l'âge», in: Bulletin suisse des médecins, et Ute Ziegler, Claudia Acklin, «Design als Gesundheitsressource – Stress-reduzierende Designinterventionen in einer Psychiatrischen Klinik», in: Bulletin des médecins suisses.

Publication «Medical Humanities: La signification des sciences humaines et sociales pour les métiers de la médecine et de la santé», Académies suisses des sciences, 2014.

Workshop Medical Humanities III (25 mars 2014): Les «Medical Humanities» dans la recherche et la pratique.

Workshop Medical Humanities II (26 mars 2013): La place des sciences humaines et sociales dans la formation médicale.

Workshop Medical Humanities I (16 mars 2012): «Medical Humanities»: Etat actuel et développement dans les hautes écoles suisses.

Publication «Les Medical Humanities en Suisse», Académies suisses des sciences, 2012.

Publication «Gesundheitsforschung in der Schweiz – Thematische Schwerpunkte, institutionelle Verankerung», eine Standortbestimmung im Auftrag der SAGW von Andreas Bänziger, Yvonne Treusch, Peter Rüesch, Julie Page, SAGW, 2012.

Publication «Intimité et intrusion. Rapport

concernant le cycle d'ateliers interdisciplinaires «Medical Humanities» de l'ASSM et l'ASSH», Sibylle Obrecht Lösch, Académies suisses des sciences, 2011.

Atelier III (21 mai 2010): «Consultation et sexualité au-delà du viagra et de la pudeur», cycle d'ateliers interdisciplinaires.

Atelier II (26 septembre 2009): «Intimité et intrusion aux soins intensifs», cycle d'ateliers interdisciplinaires.

Atelier I (3 septembre 2009): «Intimité et intrusion en psychiatrie: Aspects interdisciplinaires», cycle d'ateliers interdisciplinaires.

Publication externe «Biomedicine as Culture: Instrumental Practices, Technoscientific Knowledge, and New Modes of Life. Routledge Studies in Science, Technology and Society», Burri, Regula Valérie & Joseph Dumit (Hg.), New York, London: Routledge, 2007.

Publication «Médecine et sciences humaines. Sciences humaines en médecine: formation et collaboration», colloque du 4–5 mai 2006 à Lausanne, Académie suisse des sciences humaines et sociales, 2006.

Colloque «Médecine et sciences humaines. Sciences humaines en médecine: formation et collaboration», 26 avril 2006.

Colloque «La médecine comme science culturelle – les sciences culturelles de la médecine», 12–13 novembre 2004.

